

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 23 СЛУЧАЕВ ДИАГНОСТИКИ УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМЫ

Королькова Н.К., Приступа В.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Меланома хориоидеи – наиболее часто встречающаяся первичная внутриглазная опухоль взрослого населения, составляющая до 95% среди всех увеальных меланом [1]. Реабилитационный потенциал онкобольных во многом определяет своевременная диагностика [2]. Традиционная офтальмоскопия, бинокулярная непрямая офтальмоскопия в сочетании с непрямой биомикроскопией за щелевой лампой позволяет поставить диагноз в подавляющем большинстве случаев при условии сохранения прозрачности оптических сред [1]. В противном случае – традиционным диагностическим методом выбора остается ультразвуковое исследование [3].

Цель исследования: анализ 23 случаев диагностики увеальной меланомы.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ анамнеза, жалоб, клинической картины и данных ультразвукового исследования у пациентов с меланомой хориоидеи, диагностированной на базе Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) в период с 1997 по 2008г. Группу составили 23 больных в возрасте от 36 до 85 лет (13 – лица женского пола, 10 – мужского). В направлении в стационар только у 4 из них фигурировал диагноз «внутриглазное новообразование под вопросом», остальные 19 человек направлялись в офтальмологическое отделение по другой причине.

Всем пациентам был проведен стандартный комплекс офтальмологического обследования, включающий ультразвуковое В-сканирование (УЗИ).

Большинство ультразвуковых исследований было выполнено на неспециализированных ультразвуковых аппаратах (Siemens SL-2, Toshiba SAL 50A, Sonoace-5500, оснащенных линейными датчиками с рабочей частотой 6,5-10,0 МГц. С 2008 года исследования проводились на офтальмологическом А/В сканере UD- 6000 «TOMEY». Применяли контактный транспальпебральный метод сканирования.

Результаты и обсуждение. При анализе медицинской документации учитывали: диагноз направившего учреждения, цель направления, длительность субъективно ощутимого периода ухудшения зрения, обращаемость к окулисту по месту жительства, остроту зрения на момент осмотра, наличие или отсутствие болевого синдрома, состояние оптических сред глаза, ВГД, результаты ультразвукового исследования.

Таблица 1 - Количественная характеристика диагнозов и целей направления в стационар ВОКБ представлена в.

Диагноз	Цель направления	Кол-во человек
внутриглазное новообразование под вопросом	дообследование	5
терминальная глаукома, катаракта	хирургическое лечение (энуклеация)	3
отслойка сетчатки	хирургическое лечение	6
гемофтальм	консервативное лечение	2
катаракта, отслойка сетчатки под вопросом	дообследование	3
катаракта	плановая хирургия	4

Систематизируя анамнез, установлено, что большинство обследуемых (18 человек) обратило внимание на низкую остроту зрения в течение последних 6-12 месяцев. У 5 больных заметное ухудшение зрения произошло в период от нескольких дней до 2 месяцев, что послужило причиной явки к окулисту. Вторым поводом для обращения к врачу стал болевой симптом, отмеченный у 3 человек, острота зрения которых к тому времени уже составляла *gr. incerta*.

Таблица 2 - Показатели остроты зрения в группе

visus	ноль	<i>gr. incerta</i>	<i>gr. certa</i>	0,01-0,09	0,1-0,4
Кол-во человек	2	7	5	6	3

Из 23 больных 11 в последние 6 месяцев посещали окулиста (10 – наблюдались по поводу катаракты, 3 из них был выставлен диагноз глаукомы, 1 – лечился амбулаторно по поводу гемофтальма). Однако у всех 11 человек на момент обращения к окулисту имелось нарушение прозрачности оптических сред, что препятствовало информативной офтальмоскопии. К моменту стационарного осмотра количество больных с непрозрачными оптическими средами составило 14 человек (60,9%). 9 больных после амбулаторного осмотра по месту жительства были направлены в ВОКБ по экстренным показаниям с диагнозом «отслойка сетчатки», у 3 – под вопросом.

Таким образом, ультразвуковое исследование на амбулаторном этапе не выполнялось, а стандартный комплекс офтальмологического обследования позволил только в 5 случаях (21,7%) заподозрить наличие увеальной меланомы. На базе ВОКБ всем 23 больным было выполнено УЗИ глаза, которое позволило диагностировать данное заболевание. При этом ультразвуковая картина имела типичные признаки: «плюс-ткань» округлой, иногда классической грибовидной конфигурации, связанная с оболочками, проминирующая в стекловидное тело (от 2,9 до 12 мм в исследуемой группе), не изменяющая форму при движении глаза, четкий контур образования, дополнительная дугообразная линия, отстоящая от оболочки глаза (вторичная отслойка сетчатки).

Выводы.

1. Анализ 23 клинических случаев показал что, несмотря на высокую информативность, УЗИ глаза недостаточно активно используется в амбулаторной практике.
2. Пациенты с нарушением прозрачности оптических сред, отслойками сетчатки составляют группу риска и нуждаются в скрининговом В-сканировании.

3. Определенная теоретическая подготовка и включение ультразвукового исследования в стандартный комплекс офтальмологического обследования больных на амбулаторном этапе позволит повысить качество диагностики увеальных меланом.

Литература.

1. Заболевания глазного дна / Джек Дж Кански [и др.], пер. с англ.; под общ. ред. чл.-корр. РАМН, проф. С.Э. Аветисова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – с. 329 – 341.
2. Терентьева, Л.С. Обоснование реабилитационно-экспертного прогноза при органосохранном лечении увеальной меланомы / Л.С. Терентьева, В.В. Вит, Т.В. Крыжановская // материалы Международной научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения академика Н.А. Пучковской «Современные аспекты клиники, диагностики и лечения глазных заболеваний», г. Одесса, 29-30 мая 2008 г. – с. 242 -243.
3. Катькова, Е.А. Диагностический ультразвук. Офтальмология / Е.А. Катькова; под ред. А.В.Зубарева. – М., 2002 – 120 с.